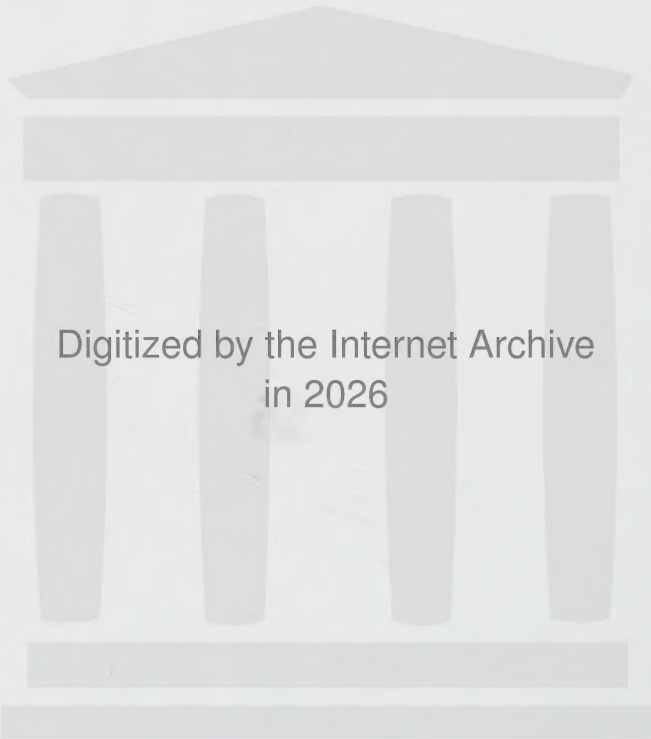


ZUR FRAGE DER VORHERSEHBARKEIT
EINES SELBSTMORDES BEI PATIENTEN,
DIE SICH IN STATIONÄRER BEHANDLUNG
BEFINDEN

Günter Keim

1964





Digitized by the Internet Archive
in 2026

ZUR FRAGE DER VORHERSEHBARKEIT
EINES SELBSTMORDES BEI PATIENTEN,
DIE SICH IN STATIONÄRER
BEHANDLUNG BEFINDEN

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Günter Keim
aus Bayreuth

München 1964

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent:	Professor Dr. W. SPANN
Korreferent:	Professor Dr. W. LAVES
Dekan:	Professor Dr. R. BACHMANN

Tag der mündlichen Prüfung: 7.7.1964

Bei Selbstmorden oder bei Selbstmordversuchen, die mit Körperschäden ausgehen, tritt häufig die Frage auf, ob der behandelnde Krankenhausarzt oder der Hausarzt in der Lage waren, derartige Tendenzen rechtzeitig zu erkennen, um dann entsprechende Maßnahmen zur Verhinderung solcher Akte zu treffen. Es erhebt sich die Frage, ob sich der Arzt einer fahrlässigen Tötung oder Körperverletzung deshalb schuldig gemacht hat, weil er einen Suicid, den er vorhergesehen hat oder vorhersehen hätte können, nicht verhindert hat.

Fahrlässig handelt der Arzt dann, wenn, wie es in der Entscheidung des Reichsgerichtes vom 1. 12. 1931 heißt,

1. feststeht, daß er die Sorgfalt, zu der er nach den Umständen und nach seinen persönlichen Fähigkeiten und Kenntnissen verpflichtet und imstande war, außer acht gelassen hat und daß er infolgedessen weder den Erfolg, den er bei Anwendung der pflichtgemäßen Sorgfalt hätte voraussehen können, nicht vorausgesehen hat - unbewußte Fahrlässigkeit - oder den Eintritt des Erfolges zwar für möglich gehalten, aber darauf vertraut hat, er werde nicht eintreten - bewußte Fahrlässigkeit - PONSOLD (1)
2. weiter feststeht, daß keine besonderen Umstände vorliegen, die ein anderes Verhalten trotz Voraussichtbarkeit oder Voraussicht der Möglichkeit des tatbestandsmäßigen Erfolges als nicht zumutbar erscheinen ließen. PONSOLD (1)

Nach dieser reichsgerichtlichen Entscheidung geht es darum, festzustellen, welche Pflichten dem Arzt obliegen, damit ihn der Vorwurf der Fahrlässigkeit nicht treffen kann.

E. SCHMIDT (2) (1. c. Seite 60) führt dafür an

"pflichtwidrigen Voraussichtsmangel, d. h., daß der Arzt in pflichtwidriger Weise nicht vorhergesehen hat, daß sein Verhalten den Patienten schädigen werde. Neben ganz bestimmten Geboten, die in Gesetzen, Verordnungen, Dienstanweisungen niedergelegt sind und die beachtet werden müssen, sind es die Grundsätze und Erfahrungen seiner Wissenschaft, auf die er zurückgreifen muß; die ihm Aufschluß über die Gefahren geben, die unter Umständen drohen; außerdem die Verpflichtung, daß notwendige medizinische Wissen auf dem neuesten Stand zu halten, indem er sich ständig fortbildet. Selbstverständlich sind die Anforderungen, die diesbezüglich gestellt werden, verschieden je nach dem Fachgebiet, das der Arzt vertritt. Der Arzt muß aber zumindest prüfen, ob sein Wissen für den übernommenen Fall ausreicht, ob er unter Umständen einen Consiliarius des betreffenden Faches zuziehen oder den Fall nicht ins Krankenhaus abgeben muß."

Es genügt ferner für den Vorwurf der Fahrlässigkeit nicht schon allein, wenn der

Arzt in irgendeiner Hinsicht seine Sorgfaltspflicht verletzt hat. Es muß vielmehr so sein, daß er die Folgen seines pflichtwidrigen Verhaltens hätte vorhersehen können, d. h. um E. SCHMIDT (2) zu zitieren: (1. c. 63) "Es müßte für den Arzt bei Befolgung des Voraussichtsgebotes die Möglichkeit bestanden haben zu einer Vorstellung vom Eintritt des Erfolges zu gelangen. Hierbei spielen einerseits die subjektiven geistigen Fähigkeiten des Arztes, andererseits aber auch die Umstände, unter denen er hat handeln müssen, eine Rolle." E. SCHMIDT (2) weist darauf hin: "Was für einen spezialisiert ausgebildeten, mit allen erdenklichen Erkenntnismitteln arbeitenden Leiter einer Klinik voraussehbar ist, braucht für einen praktischen Arzt in kleinstädtischen oder ländlichen Lebensverhältnissen noch lange nicht so zu sein. Wenden wir uns unter diesem Gesichtspunkt der Vorhersehbarkeit von Suicidabsichten zu und fragen, was der Durchschnittsarzt, der Nichtpsychiater, heute davon wissen und wann er mit der Selbstgefährlichkeit eines seiner Patienten rechnen muß.

Hier muß grundsätzlich unterschieden werden zwischen dem Selbstmordversuch von Geistesgesunden und dem von Geistes- oder Gemütskranken, wobei der Begriff geisteskrank im juristischen Sinne benützt wird und auch die Bewußtseinsstörungen der verschiedenen Genesen einschließt.

ZUR VORHERSEHBARKEIT VON SELBSTMORDTENDENZEN BEI GEISTIG GESUNDEN

Die psychiatrische und insbesondere die psychoanalytische Forschung hat sich in den letzten Jahrzehnten eingehend um die Aufhellung von Selbstmordtendenzen bemüht, Prädispositionen aus der Lebensgeschichte, von der kindlichen Entwicklung angefangen, bis zur sozialen Umwelt studiert, Beziehungen herauszustellen versucht zwischen der sozialen Klasse und Selbstmord, zwischen Selbstmord und Alter, zwischen Selbstmord und Geschlecht und ähnliches. RINGEL (3) arbeitet ein "präsuicidales Syndrom" heraus. Dieses präsuicidale Syndrom, das bei nicht-psychotischen Personen der Selbstmordhandlung vorausgeht, besteht nach RINGEL aus Einengung der psychischen Funktionen, erhöhter Aggressionstendenz und Flucht in die Irrealität, Einengung und Verlust der expansiven Kräfte, Stagnation und Regression zu wirklicher oder phantastischer Vereinsamung. - Die Freud'sche Schule sieht den Todestrieb am Werk - Andere Psychoanalytiker geben der Kindheitsentwicklung, dem "broken home" die Schuld. WALTON (4)

Die Fülle solcher Deutungen ist unübersehbar. So interessant und einleuchtend sie alle sind, vermögen sie uns nicht zu helfen, wenn wir uns von der Selbstgefährlichkeit eines bestimmten Menschen in einer ganz bestimmten Situation rasch ein Bild machen wollen. Wer verfügte denn über die Zeit, um sich durch langwierige Explorationen, durch die Anwendung von Testen oder tiefenpsychologischen Verfahren ein Bild davon zu machen, ob ein Mensch mit dem Gedanken

spielt, seinem Leben ein Ende zu machen? In der Praxis hilft nur eine banale Faustregel weiter. Eine Faustregel, die der landläufigen Meinung diametral widerspricht: Der Mensch, der von Selbstmordabsichten spricht, ist als selbstgefährlich zu betrachten! Kann einem Arzt beliebiger Fachrichtung nachgewiesen werden, daß einer seiner Kranken Selbstmordabsichten geäußert hat und setzt dieser Kranke diese Absicht in die Tat um, dann wird diesem Arzt der Vorwurf nicht erspart bleiben können, daß er einen selbstgefährlichen Menschen nicht entsprechend sicher untergebracht und nicht der notwendigen psychiatrischen Behandlung zugeführt hat.

Daß ein geistig Gesunder, der einen Bilanzselbstmord bis ins Letzte geplant hat, von seinem Vorhaben grundsätzlich nicht abgehalten werden kann, wenn er zu schweigen versteht, ist eine Binsenweisheit. Bei unseren Überlegungen geht es grundsätzlich nur um solche Fälle, bei denen Selbstmordabsichten dem behandelnden Arzt aus eigener Beobachtung oder durch den Bericht vom Pflegepersonal, Angehörigen oder Mitkranken bekannt geworden sind.

Wenden wir uns dem Problem der Selbstgefährlichkeit geistesgestörter Personen zu.

ZUR VORHERSEHBARKEIT VON SELBSTMORDTENDENZEN BEI GEISTESKRANKHEITEN

1. Die Vorhersehbarkeit bei Selbsttötungstendenzen bei Geisteskranken muß im Zusammenhang mit der besonderen Schwierigkeit gesehen werden, die bei der Diagnose derartiger Leiden auftreten. MIKOREY (5) schreibt darüber in einem Sonderheft, das der psychiatrischen Fortbildung praktischer Ärzte gewidmet ist u. a. : "In keinem anderen Fachgebiet der Medizin gibt es so viele differentialdiagnostische Schwierigkeiten wie in der Psychiatrie. Obwohl die Nervenklinik heute über zahlreiche moderne, objektive Untersuchungsmethoden verfügt, wie Luftfüllung der Hirnkammern, Angiographie, Elektroencephalographie und das ganze Repertoire der Serologie und Liquordiagnostik, einschließlich aller Hilfsmittel der objektivierenden psychologischen Testmethoden, kann der Psychiater doch keineswegs immer mit ihrer Hilfe und aufgrund des klinischen Zustandsbildes eine sichere Sofortdiagnose stellen, oft muß er wochen- und monatelang beobachten und abwarten, bis er weiß, um was es sich handelt. Wenn nun schon die psychiatrische Differentialdiagnose für den Kliniker und für den praktizierenden Nervenarzt in vielen Fällen schwierig, langwierig und problematisch ist, so natürlich erst recht für den Allgemeinpraktiker.

MIKOREY (5) weist darauf hin, daß sich die Psychose in ihrem Erscheinungsbild keineswegs immer an die klassischen Zustandsbilder der Kompendien und Lehrbücher halten, sondern oft "inkognito" oder in "Verkleidung" aller möglichen, organischen Störungen auftreten. Im Bereich der Depressionen z. B. gebe es eine Unmenge von Tarnungen, die auch schwere Melancholien oft sogar dem Facharzt bis zur Unkenntlichkeit verschleiern. Hier werde bei symptomarmen Ver-

laufsformen die Selbstmordgefahr leicht übersehen. Auch der erfahrenste Psychiater erlebe hier oft schmerzliche Enttäuschungen. Umso vorsichtiger müsse der Praktiker sein, wenn er die Behandlung solcher Patienten übernehme, deren hohes Selbstmordrisiko er gar nicht richtig einschätzen könne. - Auch im Bereich der Schizophrenie gebe es ähnliche symptomarme Bilder wie bei den endogenen Depressionen. Diese stillen Schizophrenien seien nicht immer so harmlos, wie sie aussähen ... Sehr irreführend für die Frühdiagnose seien grobe, hysterisch wirkende Überlagerung, ... die auch dem höheren Lebensalter keineswegs fremd sind. ...".

2. Die Schwierigkeiten psychiatrischer Diagnostik sind offensichtlich bezüglich der Prognose des zukünftigen Verhaltens eines Geisteskranken, wie sich aus den widersprüchlichen Gutachten selbst psychiatrischer Kapazitäten nur zu oft im Gerichtssaal zeigt.
3. Ein Gesichtspunkt der psychiatrischen Diagnostik, auf die in der Literatur kaum hingewiesen wird, wahrscheinlich weil er als selbstverständlich betrachtet wird, sei hier ausdrücklich erwähnt: Die Mitwirkung der Angehörigen bei der Aufnahme der Krankheitsvorgeschichte und damit bei der Aufklärung des vorliegenden Leidens. Es ist bekannt, daß Menschen, die eine Geisteskrankheit durchgemacht haben, aus einem verständlichen Schamgefühl heraus dies verschweigen oder bagatellisieren. Auf die Mithilfe der Kranken selbst muß deswegen bei der Erhebung der Vorgeschichte oft genug verzichtet werden. In Nervenkliniken und Heil- und Pflegeanstalten wirkt sich diese mangelnde Bereitschaft naturgemäß nicht so ungünstig aus, wie im Krankenhaus, das der Behandlung interner und chirurgischer Leiden dient. Wer sich freiwillig in eine nervenärztliche Behandlung begibt, zeigt damit sein Einverständnis zur Behandlung, und wird aller Voraussicht nach auch bereit sein, sich über seine Krankheitserscheinungen, wenn auch vielleicht nur zögernd, zu äußern. Wenn aber seine Aufnahme in einem Nervenkrankenhaus gegen seinen Willen erfolgte, so ist zumindestens schon aus den Gründen, die zur Unterbringung geführt haben, der Verdacht in eine bestimmte Richtung gelenkt. Damit ist zwar noch keine Diagnose gestellt, es ergeben sich jedoch wertvolle Hinweise auf eventuelle, die Umwelt störende oder selbstgefährliche Verhaltensweisen. Daß die Mitwirkung der Angehörigen bei der Aufklärung der Krankheit hoch eingeschätzt wird, zeigt sich daraus, daß in den bayerischen Heil- und Pflegeanstalten die Abteilungsärzte den Angehörigen auch am Sonntag zur Verfügung stehen, um im Interesse der Patienten auch den Angehörigen Gelegenheit zu geben, ihre Beobachtungen mitzuteilen, die unter der Woche durch berufliche Verpflichtungen die Sprechstunde nicht aufsuchen können. In den meisten Fällen sind die Angehörigen zur Auskunftserteilung bereit. Es gibt aber immer wieder vereinzelte Fälle, in denen diese Bereitschaft ausbleibt. Manche Angehörigen be-

fürchten, daß sie von den Psychiatern selber genauer unter die Lupe genommen werden. Sie wissen vielfach, daß es sich bei den Geisteskrankheiten um Erbkrankheiten handelt und ziehen sich in eine gewisse Abwehrhaltung zurück. Andere glauben ihr soziales Prestige gefährdet, wenn in ihrer Verwandtschaft Geisteskrankheiten festgestellt werden. Sie sprechen deswegen gern von nervösen Zusammenbrüchen, von Depressionen, von nervlicher Labilität. Trotz aller Aufklärungsbestrebungen haftet eben den Geisteskrankheiten auch heute noch Magisch-Unheimliches, Irrationales an, von dem man sich nach Möglichkeit zu distanzieren sucht. In Nervenkrankenhäusern kann diesen Verschleierungstendenzen aufgrund der besonderen Erfahrung der Psychiater verhältnismäßig leicht begegnet werden. Anders ist die Lage, wenn ein Geisteskranker wegen intercurrierender körperlicher Erkrankungen in ein Allgemeinkrankenhaus eingeliefert werden muß und zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme psychische Auffälligkeiten nicht nachweisbar sind. Dann besteht für den Augenblick keine Notwendigkeit, unangenehme und unter Umständen kompromittierende Verhaltensweisen eines Kranken dem Chirurgen oder Internisten mitzuteilen.

Geben die Geisteskrankheiten schon den Fachärzten Probleme auf, so gilt dies in noch größerem Maße für den Krankenhausarzt anderer Fachrichtung, dessen Aufmerksamkeit zunächst hauptsächlich auf das körperliche Leiden gerichtet ist und der von früher gestellten psychiatrischen Diagnosen zumeist gar nichts erfährt.

Zu der Schwierigkeit, die psychiatrische Diagnose zu stellen, kommt jedoch noch hinzu, die dadurch bedingte eventuelle Selbstgefährlichkeit des Kranken richtig einzuschätzen.

Hier muß man wieder unterscheiden

- a) die generelle
 - b) die spezielle
- Selbstgefährlichkeit von Geisteskranken.

a) Die meisten Selbstmorde und Selbstmordversuche werden nicht von Geisteskranken, sondern von abnorm veranlagten Psychopathen begangen. GRUHLE (6) kommt zu dem Schluß, daß etwa 10 bis 20 % der Selbstmörder Geisteskranken sind. Auch neuere Zahlen entsprechen etwa dem von GRUHLE genannten Prozentsatz.

So hat RINGEL (3) im Jahre 1953 über 745 in der Universitätsnervenklinik Wien aufgenommene Selbstmordversuche berichtet. Nur 95 davon litten an einer Psychose. Es fällt auf, daß Autoren aus früherer Zeit über einen höheren Anteil der Geisteskranken unter den Selbstmördern berichten. KRÄPELIN z. B. fand 30 % (zit. nach RINGEL) (3). RINGEL glaubt, daß diese sinkenden Prozentsätze darauf zurückzuführen sind, daß die neurotischen Selbstmorde in den letzten Jahren stärker ansteigen. WEICHEN-BRODT (zit. nach PERRET) (7) rechnet sogar mit weni-

ger als 10 % Geisteskranken unter den Selbstmördern.

Wenn man die Literatur der letzten Jahre verfolgt, so ist festzustellen, daß sich die Ansichten über die generelle Selbstgefährlichkeit von Geisteskranken gewandelt haben. Das übertriebene Sicherungsprinzip, das die Anstalten jahrzehntelang ihrem Milieu nach fast zum Gefängnis degradierte, wird zunehmend aufgegeben. Es hat sich gezeigt, daß freie Behandlung günstige Einwirkungen auf den Heilungsverlauf und die Resozialisierung hat. Diese sogenannte "open door" Bewegung hat sich von England ausgehend inzwischen über ganz Europa verbreitet und sich im großen und ganzen durchgesetzt. Die von vielen Psychiatern, besonders der alten Schule, befürchteten Komplikationen sind ausgeblieben. Zäune und Mauern, selbst vergitterte Fenster sind schon weitestgehend beseitigt worden. Selbst akute Geisteskranke essen heute mit Messer und Gabel von Porzellangeschirr, Glühbirnen und Lichtschalter sind nicht mehr gesichert, Tische und Stühle sind nicht mehr in den Boden zementiert, soweit es die finanziellen Mittel erlauben, sitzen sogar akute Psychotiker schon wenige Tage nach der Einlieferung vor dem Fernsehapparat. SCHULTEN (8) sagt, daß Blechteller, blechtellerhaftes Benehmen erzeugen. Das will heißen, daß die früher so häufigen aggressiven tobsüchtigen Verhaltensweisen zu einem wesentlichen Teil durch das Milieu bedingt waren. Der Außenstehende sieht die Gefährlichkeit von Geisteskranken vor allem in dessen Wahnideen und seiner Beeinflussung durch Sinnestäuschungen, aber diese, den Laien am meisten beeindruckenden Krankheitszeichen sagen nichts Verlässliches aus über eventuelle Selbstgefährlichkeit. Der größte Teil dieser Kranken lebt heute mit früher nicht für möglich gehaltenen Freiheiten in den Anstalten. Viele gehen schon nach wenigen Wochen, trotz gewisser psychischer Auffälligkeiten wieder ihrem Beruf nach. Am eindrucksvollsten, im Hinblick auf die Selbstgefährlichkeit von Geisteskranken, ist wohl eine englische Statistik, die 100 000 Geisteskranke umfaßt. Davon haben im Laufe von 27 Jahren nur 1 Selbstmord begangen. (STENGEL) (9). Aus Deutschland liegen solche umfassenden Erhebungen noch nicht vor. Zusammenfassend kann man zur allgemeinen Selbstgefährlichkeit von Geisteskranken sagen, daß sie überschätzt wird, jedenfalls von den Anstaltsärzten nicht mehr so hoch eingeschätzt wird, wie es noch vor 10 Jahren der Fall war.

Gleichgültig aber, wie die allgemeine Selbstgefährlichkeit von Geisteskranken eingeschätzt wird, für den einzelnen Kranken ist immer wieder erneut die Frage seiner Selbstgefährlichkeit zu prüfen.

b) Für diese spezielle Selbstgefährlichkeit kann man ohne Überforderung der Sorgfaltspflicht vom Nichtpsychiater verlangen, daß er mit ihrem Vorkommen rechnet bei

1. Bewußtseinsstörungen, wie sie bei hirnganischen Prozessen oder deliranten Zuständen im Gefolge verschiedenster Krankheiten vorkommen. Bei diesen Bewußtseinsstörungen ist die Aufmerksamkeit des behandelnden Arztes im allgemeinen

schon durch körperlich nachweisbare Krankheitszeichen geweckt (z. B. vorhergehendes Fieber, bei Typhus). Diese Bewußtseinsstörungen sind im übrigen so auffällig, daß sie aus dem gesamten Verhalten des Kranken unmittelbar ablesbar sind. Das Auge fixiert sein Gegenüber nicht, im Gesicht prägen sich Ratlosigkeit und Angst aus, in der Motorik fällt die lebhaft Unruhe auf, die Aufmerksamkeit ist nicht richtig zu wecken, im Gespräch lassen sich solche Kranke nicht fixieren, die Orientierung ist mangelhaft, die Äußerungen des Kranken sind verworren, zusammenhanglos.

2. Dämmerzuständen, vor allem, wenn die Epilepsie anamnestisch bekannt ist. Hier ergeben sich aber bereits Schwierigkeiten, da bei der nur sektorenhaften Einschränkung des Bewußtseins die Orientierung erhalten und das äußere Verhalten noch einigermaßen geordnet erscheinen kann, wodurch der weniger Erfahrene getäuscht werden kann.
3. Verstimmungen, besonders der endogenen Depression. Hier muß verlangt werden, daß der Arzt ohne psychiatrische Erfahrungen weiß, daß Suicidversuche meistens am Anfang von Depressionen auftreten, solange die Hemmung des Handelns und Denkens noch nicht richtig ausgebildet ist, bzw. beim Abklingen der Depression, wenn diese Hemmung sich bereits wieder verringert, die gedrückte Stimmung sich aber noch nicht wieder völlig aufgehellt hat. Selbstmordtendenzen bestehen zwar auch zur Zeit der voll entwickelten depressiven Symptomatik, können aber dann wegen der schweren Hemmung im allgemeinen nicht in die Tat umgesetzt werden. Bei allen depressiven Verstimmungen empfiehlt sich Zuziehung eines Nervenarztes.
4. Schizophrenien. Hier besteht eine erhöhte Selbstmordtendenz, vor allem am Beginn der Psychose, meist als Folge der unheimlichen Verfremdung der Wahrnehmungswelt. Bei fortschreitenden schizophrenen Prozessen läßt die Selbstmordneigung allmählich immer mehr nach. Nur bei Bewußtseinsstörungen Schizophrener dagegen besteht wieder größere Gefahr. Diese sind jedoch äußerst selten, beschränken sich auf die akutesten Formen der Schizophrenie und ähneln für den weniger Erfahrenen dem deliranten Krankheitsbildern. Diese Symptome sind so auffällig, daß sie erfahrungsgemäß nicht übersehen werden und Anlaß geben, solche Kranke ständig unter Aufsicht zu halten.

Der Nachweis von Wahnideen oder von Sinnestäuschungen läßt jedenfalls nur einen Schluß auf die generelle Selbstgefährlichkeit des Kranken zu. Für die spezielle Selbstgefährlichkeit besagen sie praktisch nichts, denn Kranke finden sich erfahrungsgemäß mit den bedrohlichsten und absurdesten Gedanken ab, ohne daß sie daraus im allgemeinen Konsequenzen ziehen. Müßten Wahnkranke grundsätzlich für dauernd in den Anstalten zurückbehalten werden, so käme es dort zu einer

hoffnungslosen Überfüllung. Es müssen also andere Zeichen zu Wahnideen und Sinnestäuschungen dazutreten, damit sich der Arzt zur Annahme von Selbstgefährlichkeit entschließen kann. Erst wenn Angst, Ratlosigkeit, Unruhe, Verzweiflung, Depression oder Verwirrtheit dazukommen, Krankheitszeichen, die sich an der Mimik und Gestik und im gesamten Verhalten ablesen lassen, wird die Frage der Selbstgefährlichkeit akut. Leider fehlen derart alarmierende Symptome bei manchen Kranken, was darauf zurückzuführen ist, daß bei schizophrenen Defektzuständen die Denkinhalte sich oft nicht mit entsprechenden affektiven Regungen decken. Abgebaute, affektiv verflachte Schizophrene stehen häufig völlig gleichgültig ihren Verfolgungsideen gegenüber. Ihre Selbstgefährlichkeit ist sogar von erfahrenen Psychiatern sehr schwer richtig einzuschätzen.

Die größte Schwierigkeit bei der Erkennung von Selbstgefährlichkeit besteht jedoch bei den schizophrenen Impulshandlungen. Es handelt sich dabei um Triebregungen, die zu einer schnellen motorischen Entladung kommen (JASPERS) (10). Diese Impulshandlungen treten plötzlich auf, lassen keine zugrundeliegenden Motive erkennen, sind völlig unverständlich. Sie sind durch besondere Rücksichtslosigkeit charakterisiert, die sich sowohl gegen andere, als auch gegen den Kranken selbst wenden kann. LANGEN-LÜDDEKE (11) gibt dafür folgendes Beispiel: "Ein Friseur, der ein Rasiermesser in der Tasche seiner Jacke trug, ging durch das Krankenzimmer. Ein Kranker sprang plötzlich aus dem Bett, riß ihm das Rasiermesser aus der Tasche und schnitt sich damit den Hals durch, obwohl eine entschlossene Pflegerin es mit aller Kraft zu verhindern suchte." JASPERS (10) bringt ein ähnliches Beispiel: "Ein Kranker schlägt den Arzt mitten in ruhiger Unterhaltung plötzlich mit der Faust gegen die Brust, einige Zeit später bittet er um Verzeihung, es sei ihm plötzlich unwiderstehlich so gekommen, daß er zuschlagen müsse."

Suicidideen tauchen bei Schizophrenen, wie RINGEL (3) berichtet, oft blitzartig auf, während bei an endogener Depression Erkrankten immer vorher Selbstmordgedanken bestehen. Man hört von solchen Schizophrenen oft, daß sie nicht daran gedacht hatten, Selbstmord zu verüben. Wie schwierig die Erkennung solcher unmotivierter Suicidtendenzen ist, läßt sich daraus ersehen, daß sich selbst in Anstalten, trotz Sicherungsmaßnahmen und bestens geschultem Personal Selbstmordversuche nicht grundsätzlich verhindern lassen.

Es ist noch zu der Frage Stellung zu nehmen, ob ein aus der Vorgeschichte bekannter Selbstmordversuch auf eine erhöhte Selbstgefährlichkeit schließen läßt. Es ist bekannt, daß Selbstmordversuche häufig lediglich einen Appell an die Umwelt darstellen. Gerade bei psychopathischen Persönlichkeiten werden Selbstmordversuche gern wiederholt, wenn der Appell Widerhall fand und die gewünschte positive Reaktion der Umgebung erfolgte. Aber schon aus der Absicht derartiger Kranker ist abzuleiten, daß ein ernstlicher Selbstmordversuch gar nicht geplant war. Bei ernstgemeinten, mißglückten Selbstmordhandlungen besteht auffälligerweise eine gerin-

ge Neigung zur Wiederholung. Man hat das so gedeutet, wie wenn der Überlebende die Tatsache des Überlebens als den Urteilsspruch eines Gottesgerichtes auf sich nimmt. Die bei solchen mißglückten Versuchen zurückbleibenden Folgezustände (z. B. Erblindung bei versuchtem Kopfschuß) werden meist geduldig getragen. Der naheliegende Gedanke jetzt erst recht dem Leben ein Ende zu machen, wird in der Regel nicht verwirklicht. Nur ganz ausnahmsweise wird der mißglückte Selbstmordversuch solange wiederholt, bis er zum Tode führt. (STENGEL) (9). - Diese Auffassung gilt jedoch nicht für Geisteskrankheiten, da hier solche normal-psychologische Überlegungen ausscheiden und vielmehr krankhafte Motive wirksam werden. Nur der Vollständigkeit halber sei darauf verwiesen, daß ein durchgeführter Suicidversuch nichts über vorher erkennbare Suicidabsichten aussagt. Die Gefahr einer diagnostischen Tautologie liegt in solchen Fällen nahe, geht aber am Problem vorbei.

B

Der Fall A. Freitag

Der im folgenden dargestellte Fall eines Selbstmordversuches, der wegen der dabei erlittenen Körperschäden zum Gegenstand eines Gerichtsverfahrens wurde, zeigt exemplarisch die im einleitenden allgemeinen Teil beschriebenen Gesichtspunkte auf.

Das Verfahren kam folgendermaßen in Gang. Die Landpolizei Sch. berichtete unter dem 20. 5. 1960 an die Staatsanwaltschaft über einen Selbstmordversuch durch Fenstersprung, den eine Patientin des Städtischen Krankenhauses X., die sich dort wegen einer Venenentzündung zur Behandlung befand, am 19. 6. 1960 durchgeführt hat.

Die Staatsanwaltschaft stellte das daraufhin eingeleitete Verfahren am 1. 6. 1960 wieder ein, da eine strafbare Handlung nicht ersichtlich war.

Daraufhin beantragte der Rechtsanwalt der Verletzten am 26. 7. 1960 die Wiederaufnahme der Ermittlungen unter ausdrücklichem Hinweis darauf, daß Ärzte und Personal des Städtischen Krankenhauses X. durch den Einweisungsbericht, die Anamnese, durch den Hinweis der Schwester der Erkrankten bei der Einlieferung, durch das Telefongespräch mit ihr am 17. 5. 1960, mit ihrem Sohn am 18. 5. 1960 und die persönliche Aussprache mit Herrn B. am 19. 5. 1960, insbesondere aber durch das absonderliche, alarmierende Verhalten der Patientin selbst hinreichend von der Möglichkeit eines Selbstmordversuches aufmerksam gemacht worden war.

Sie durften diese Patientin nicht in einem nichtgesicherten Zimmer im II. Stock allein und unbeaufsichtigt lassen. Der Anwalt verwies unter anderem darauf, daß

nach Aussage des Chefarztes der Chirurgischen Abteilung dem vorbehandelnden Arzt der Inneren Abteilung ein früherer Selbstmordversuch, aus der Anamnese bekannt war.

Schwester L. habe in ihrer Vernehmung angegeben, daß ihr die Patientin auch am 17. 5. 1960 durch wirre Reden aufgefallen sei. Am 19. 5. 1960 sei die Patientin auffallend verschlossen gewesen, das habe Schwester L. auch Herrn Dr. H. berichtet. Aus der Aussage der Schwester L. ergebe sich, daß die Patientin trotz dieser alarmierenden Anzeichen in einem Zimmer im II. Stock ohne Fenstersicherung und ohne Beobachtung oder auch nur häufigere Kontrollen, allein in ihrem Zweibettzimmer lag.

Bei den bisher geführten Ermittlungen seien wesentliche Sachverhalte überhaupt nicht zur Sprache gekommen, z. B. :

1. Sofort im Anschluß an die Einlieferung der Patientin am 6. 5. 1960 habe die Schwester der Kranken mit dem anwesenden Ass.-Arzt Dr. L. gesprochen. Sie habe diesen darauf aufmerksam gemacht, daß die Patientin nervlich sehr labil sei und schon früher Selbstmordversuche unternommen habe. Sie habe damit ausdrücklich darauf hingewiesen, daß die Patientin in dieser Richtung besonders sorgfältiger Beobachtung bedarf.
2. Ein Hinweis über den labilen nervlichen Zustand der Patientin und die damit verbundene Gefahr befand sich auch auf ausdrücklichem Wunsch von Frau B. auch in dem Einweisungsbericht des bis dahin behandelnden Arztes Dr. D.
3. Am 17. 5. 1960 habe die Schwester L. ihrem Chef, Dr. H. von dem wirren Verhalten der Patientin berichtet. Dieser ließ daraufhin Frau B. anrufen. Diese konnte wegen eigener Erkrankung nicht selbst nach X. fahren. Sie bat jedoch Herrn Dr. H. die Beinschiene der Patientin zu belassen, damit die Kranke auf diese Weise weniger beweglich sei und dann nichts anstellen könne. Dr. H. habe aus medizinischen Gründen abgelehnt.
4. Dr. H. habe dem Neffen am 18. 5. 1960 telefonisch sinngemäß erklärt, daß die Patientin sehr wirr rede und er Bedenken habe, sie weiterhin im Städtischen Krankenhaus X. zu belassen, da es dort keine geschlossene Abteilung gäbe.
5. Am 19. 5. 1960 habe der Neffe den Chefarzt Dr. H. aufgesucht. Vorher hatte er kurz zu der Patientin hineingesehen und festgestellt, daß sie einem befremdend verschlossenen und starren Eindruck mache. Dr. H. habe geäußert, die Patientin sei ihm bei der Visite nicht besonders aufgefallen, sie sei eben einmal schizophren, man könne ja nie wissen, was solche Leute im nächsten Moment tun, sie könnten vielleicht zum Fenster hinausspringen. Auch Herr B. bat bei dieser Gelegenheit, der Patientin die Beinschiene wieder anzulegen, um sie wenigstens unbeweglich zu machen.

Die Staatsanwaltschaft A. ließ daraufhin neue Ermittlungen in die Wege leiten, die folgendes ergaben:

Frau B. C. erklärte bei ihrer Einvernahme durch die Kriminalpolizei am 2. 9. 1960 unter anderem: "Als ihre Schwester A. etwa 1952 in die Wechseljahre kam, zeigten sich bei ihr erstmals geistige Störungen. Sie litt zeitweise unter Verfolgungswahn. Ich möchte mich berichtigen, die erwähnten Störungen stellten sich schon Ende 1950 ein. Um diese Zeit verübte sie ihren ersten Selbstmordversuch, indem sie sich an beiden Handgelenken die Pulsadern mit einem Rasiermesser durchschnitt. A. wurde damals sofort in das Krankenhaus X. verbracht. Diese geistigen Störungen waren aber nur periodenweise. 1951 und 1954 war meine Schwester jeweils einige Wochen in der Nervenlinik in M. Nachdem A. 1954 aus der Nervenlinik in M. entlassen wurde, war sie in folgenden Jahren wieder vollkommen normal. Wie ich inzwischen von einer verstorbenen Frau in K. erfahren habe, soll A. damals wieder einen Selbstmordversuch unternommen haben und zwar wollte sie sich in den Lech stürzen. Ich muß mich berichtigen, die erwähnte Frau ist nicht verstorben, sondern sie wohnt nicht mehr in K. Am 6. 5. 1960 wurde ich von einer Frau E. M. dahingehend verständigt, daß A. an einer Venenentzündung erkrankt sei. Noch am gleichen Tage fuhr ich nach K. und setzte mich mit dem Hausarzt Dr. D. in Verbindung, der die Einweisung meiner Schwester in das Krankenhaus veranlaßte.

Wie dort festgestellt wurde, hatte A. eine schwere Venenentzündung, Anzeichen einer geistigen Verwirrung konnte ich damals bei meiner Schwester nicht feststellen. Als A. ins Krankenhaus verbracht wurde, habe ich mit dem stellvertretenden Chefarzt über meine Schwester gesprochen. Bei diesem Gespräch habe ich ihm auch berichtet, daß A. nervlich sehr labil ist und bereits einmal einen Selbstmordversuch verübt habe. Am 17. 5. 1960 wurde von der Oberschwester des Krankenhauses angerufen, daß meine Schwester sehr unruhig ist und absonderliche Reden führt. Da ich erkrankt war, beauftragte ich meinen Sohn nach X. zu fahren. Am 19. 5. 1960 hatte mein Sohn diese Aussprache mit Dr. H., bei der ihm der Arzt damals erklärte, daß seine Tante geistesgestört sei und man nicht wüßte, was eine solche Person alles anstellt. Man müsse befürchten, daß A. zum Fenster hinunterspringt. Mein Sohn erklärte daraufhin, daß Dr. H., wenn er es für notwendig erachte, die Patientin in eine Nervenlinik einweisen solle. Am gleichen Nachmittag ist meine Schwester in ihrer offensichtlichen Geistesverwirrung zum Fenster hinuntergesprungen."

Da sich Frau F. im weiteren Fortgang des Verfahrens weigerte, die beteiligten Ärzte ihrer Schweigepflicht zu entbinden, und wiederholt erklärte, gegen die Ärzte und Schwestern keinen Strafantrag stellen zu wollen und Frau F. nach Mitteilung der Direktion des Nervenkrankenhauses auch durchaus in der Lage sei, die Bedeutung dieser Erklärung zu erfassen, vermochte die Staatsanwaltschaft ein be-

sonderes öffentliches Interesse in der Strafverfolgung nicht mehr zu bejahen und verwies deshalb auf den privaten Klageweg.

Am 3. 11. 1960 legte der klägerische Rechtsanwalt Beschwerde gegen diesen Beschluß ein. Er verwies darauf, daß

1. der Erklärung der Frau F. kein voller Wert beizumessen sei. Unbeschadet der Erklärung des Direktors des Nervenkrankenhauses H., weil die Frau F. - und das hänge mit ihrer Schwermut zusammen - immer in der Angst davor lebe, daß jemand kommen könnte, der sie zwangsweise in eine geschlossene Anstalt verbringe oder ihren Aufenthalt dort verlängere. Es müsse deshalb damit gerechnet werden, daß Frau K. jedem Beamten gegenüber, der ihr mit staatlicher Autorität gegenüber trete, solche Erklärungen abgebe, die nach ihrer Auffassung geeignet seien, ihr irgendwelche Unannehmlichkeiten zu ersparen.
2. Die Frage, ob ein öffentliches Interesse an Strafverfolgung bestehe, könne gar nicht davon abhängen, ob sie ihr eigenes privates Interesse an Strafverfolgung bejaht. Der Mangel des öffentlichen Interesses könne demnach nicht damit begründet werden, daß Frau F. erklärt, keinen Strafantrag stellen zu wollen. In jedem Krankenhaus müsse damit gerechnet werden, daß Patienten, sei es aufgrund gegebener Schwermut, sei es unter dem plötzlichen Druck einer schweren Erkrankung oder unter dem physischen Druck schwerer Schmerzen, Selbstmordversuche unternehmen. Alle Bewohner des Landkreises und auch solche Personen, die nur auf der Durchfahrt, etwa infolge eines Unfalls in das fragliche Krankenhaus eingeliefert werden könnten, müßten deshalb ein Interesse daran haben, daß in dem Krankenhaus eine ordnungsgemäße Behandlung, Unterbringung und Betreuung gewährleistet sei. Dabei sei besonders zu berücksichtigen, daß es sich um ein Städtisches Krankenhaus handle. Mißstände in einem solchen Krankenhaus müssen daher Gegenstand des öffentlichen Interesses sein.

Er verweise wieder auf die bereits früher dargestellten Zeugenaussagen, die ein Verschulden des verantwortlichen Chefarztes als gegeben annehmen lassen. Trotzdem bei Frau F. besondere Vorsicht am Platze war, sei nichts zu ihrer Sicherung geschehen. Sie lag im II. Stock und zwar in einem ungesicherten Zweibettzimmer allein und ohne Aufsicht. So konnte sie ungehindert das Fenster öffnen und hinauspringen.

In einem weiteren Schriftsatz vom 19. 11. 1960 begründete der klägerische Rechtsanwalt auf Aufforderung näher, warum er gegen den Willen seiner Mandantin in der Verfolgung der Strafsache interessiert sei. Er behauptete, daß seine Mandantin lediglich im Umgang mit Behörden mit absonderlichen psychischen Nebenerscheinungen belastet sei, daß sie aber im familiären Kreise immer eindeutig erkläre, daß die Sache sowohl strafrechtlich als auch zivilrechtlich verfolgt werden soll.

Außerdem habe er auch selbst ein eigenes Interesse an der Klärung der Angelegenheit, da er als Autofahrer zu denjenigen Personen gehöre, der durchaus einmal infolge eines Unfalls in die Situation kommen könne, sich der Obhut des besagten Krankenhauses anvertrauen zu müssen. Er wäre in diesem Fall selbstverständlich daran interessiert, das Gefühl haben zu können, daß er als Patient in diesem Krankenhaus diejenige Pflege und Obhut genieße, die notwendig sei, um ihn vor vermeidbaren Schädigungen zu schützen.

Am 6. 3. 1961 wurde das Verfahren wieder aufgenommen.

Am 5. 4. 1961 erhob der Staatsanwalt beim Landgericht A. Klage gegen den Chefarzt Dr. H. In der Anklageschrift heißt es unter anderem "Dr. H. ist hinreichend verdächtigt, durch Fahrlässigkeit die Körperverletzung eines anderen verursacht zu haben. Der einweisende Arzt habe ihn unter anderem auf den auffälligen psychischen Zustand der Patientin und ihre Neigung zum Selbstmord hingewiesen, dennoch habe der Angeschuldigte sie im II. Stock des Krankenhauses allein und ohne ständige Aufsicht in einem Zweibettzimmer untergebracht. Die Fenster des Zimmers seien nicht vergittert gewesen. Er habe die Gefahr erkannt, daß Frau F. in ihrem verwirrten Zustand aus dem Fenster springen könnte. Er habe selbst zugegeben, daß Frau F. psychisch abartig war und zum Selbstmord neigte.

Zu seiner Entschuldigung habe er vorgetragen, daß er nicht die Möglichkeit einer anderweitigen Unterbringung gehabt habe. Für eine ständige Beaufsichtigung habe ihm das Personal gefehlt. Der Neffe der Frau F. habe sich gegen die Verlegung seiner Tante in eine Anstalt ausgesprochen. Dem stehe jedoch die Aussage des Zeugen B. gegenüber. Er habe angegeben, daß er es ihm als leitenden Arzt überlassen habe, die notwendigen Maßnahmen zu treffen. Im übrigen komme es gar nicht darauf an, da ja die Kranke notfalls auch gegen den Widerspruch ihres Neffen in eine Nervenheilanstalt hätte gelegt werden müssen, da Dr. H. sie in seinem Krankenhaus nicht sicher unterbringen und nicht gehörig beaufsichtigen lassen konnte.

Diese Handlung erfülle den Tatbestand eines Vergehens der fahrlässigen Körperverletzung nach §§ 230, 232 StGB. An der Strafverfolgung bestehe besonderes öffentliches Interesse.

I. DIE KRANKHEIT VON FRAU A. FREITAG

Vorgeschichte:

Familienanamnese: In der Familie sind keine Geisteskrankheiten bekannt. Eine Schwester starb an Lungentuberkulose, ein Bruder ist im 2. Weltkrieg gefallen, 2 Brüder und 1 Schwester leben und sind gesund.

Eigenanamnese: Die Patientin erinnert sich nicht an Kinderkrankheiten. Im Alter

von 5 Jahren will sie eine Zwölffingerdarmkrankung durchgemacht haben. Vom 6. bis 13. Lebensjahr besuchte sie die Volksschule, anschließend 3 Jahre eine Mädchen-Mittelschule. Nach der Schulentlassung arbeitete sie im elterlichen Geschäft.

Bereits im 1. Weltkrieg hat sie erhebliche Depressionen durchgemacht. 1919 befand sie sich deswegen etwa ein Vierteljahr in der Heil- und Pflegeanstalt R. Sie war damals depressiv verstimmt, arbeitsunlustig und hoffnungslos, hat geglaubt, jemanden beleidigt zu haben und sich darüber Vorwürfe gemacht.

Objektive Unterlagen über die Krankheit aufgrund der Krankengeschichten:

1. Aufenthalt in der Nervenlinik in M. vom 2. 1. 1951 bis 1. 3. 1951

Die Kranke hatte damals einen Selbstmordversuch durch Eröffnen der Pulsadern mit einer Rasierklinge unternommen. Da beiderseits die Arterien und mehrere Sehnen durchtrennt waren, mußte sie zuerst im Krankenhaus X. chirurgisch versorgt werden. Nach Abschluß der chirurgischen Behandlung wurde Frau F. zur Behandlung der Psychose in die Nervenlinik in M. verlegt.

Vom Neffen der Kranken war über den bisherigen Verlauf folgendes in Erfahrung zu bringen: Bei seiner Tante seien das erste Mal in der Pubertät psychische Störungen aufgetreten. Während der anschließenden 10 Jahre habe man nichts Besonderes beobachtet. Vom 30. Lebensjahr ab äußerte sie wieder Wahnideen, unter anderem glaubte sie, daß von jeder Berührung mit einem Manne sie schwanger würde, z. B. auch dann, wenn sie sich mit einem Handtuch abtrockne, das vorher ein Mann benutzt habe. Sie habe sich bald von der GPU, bald von der Gestapo verfolgt gefühlt. Die harmlosesten Vorfälle habe sie auf sich bezogen. Ihre Stimmung habe häufig gewechselt. Heiterkeit und Trauer und ängstliche Verstimmung wechselten in rascher Folge.

Die Kranke selbst machte in der Nervenlinik unter anderem folgende Angaben:

Sie habe schon das ganze Leben Depressionen gehabt, habe schon immer viel gegrübelt. Seit ihrem 30. Lebensjahr sei es besonders schlimm. Seitdem befürchte sie, daß sie beim Berühren von Türklinken, von Tassen, die vorher ein Mann berührt hatte, ein Kind bekomme. Am Tage des Selbstmordversuches habe sie einfach nicht mehr ein noch aus gewußt. Den Suicidversuch habe sie nicht geplant. Sie könne keinen äußeren Anlaß für diese Handlung angeben.

Die Klinik stellte die Diagnose Schizophrenie. Nach mehrwöchiger Behandlung konnte sie in unauffälligem geistigen Zustand entlassen werden.

2. Aufenthalt in der Nervenlinik M. vom 16. 1. 1954

Der Hausarzt wies bei der Überweisung in die Klinik darauf hin, daß die Kran-

ke wieder unter Angstzuständen leide, sich mit Selbstmordgedanken trage und Tag und Nacht von Angehörigen bewacht werden müsse.

Frau B., die Schwester der Kranken, berichtet zur Anamnese: Nach der Entlassung aus der Klinik im März 1951 habe sich ihre Schwester für längere Zeit wieder wohlgefühlt und wieder selbständig ihr Kolonialwarengeschäft geführt. Seit einiger Zeit nun sei sie wieder mißtrauisch geworden, im ganzen schrullig und eigen. Am Tage vor der jetzigen Krankenhausaufnahme habe sie völlig umgeschmissen. Sie fühlte sich von Asiaten, Bolschewiken und Geheimagenten verfolgt, in der Wohnung sollen angeblich Apparate eingebaut sein, um sie zu beobachten.

Bei der Aufnahmeuntersuchung in der Klinik berichtete Frau F. selbst ausführlich über die Verfolgungen, denen sie angeblich ausgesetzt ist. Wieder konnte die Kranke nach entsprechender fachärztlicher Behandlung im guten psychischen Zustand nach Hause entlassen werden.

1. AUFENTHALT IM NERVENKRANKENHAUS H.

Frau F. wurde nach dem Selbstmordversuch im Krankenhaus X. aufgrund des Verwahrungsgesetzes in das Nervenkrankenhaus H. eingeliefert. Die Kranke war bei der Aufnahmeuntersuchung orientiert, verhielt sich sehr ruhig, freundlich, geduldig und ließ sich willig in das Bett bringen. Den Schwestern gegenüber berichtete sie ganz spontan, daß sie schon öfter aus dem Fenster springen wollte, aber sich immer wieder gegen das Gefühl wehren konnte, bis sie dann so verzweifelt war, daß sie dann doch sprang. In den ersten beiden Tagen des Krankenhausaufenthaltes waren weder Verfolgungsideen noch Halluzinationen nachweisbar. Erst am 3. Tag machte sie offensichtlich krankhafte Äußerungen. Sie klagte darüber, daß sie auf den Kalvarienberg verbannt werde, weil die Hexenverbrennung wieder eingeführt worden sei. Im Fernsehen sei ihr das gesagt worden und ein Freund, ein Arzt aus Pakistan, habe das ebenfalls bestätigt. Bereits 5 Wochen nach Krankenhausaufnahme war Frau F. psychisch nicht mehr sonderlich auffällig. Es waren weder Sinnestäuschungen nachweisbar, noch Verfolgungsideen, lediglich das Affektleben schien gestört. Die affektiven Äußerungen waren oberflächlich, paßten sich ungenügend den jeweiligen Situationen an. Im Juli 1961 wurde die Kranke zur Orthopädischen Nachbehandlung in das Sanatorium S. verlegt.

2. AUFENTHALT IM NERVENKRANKENHAUS H. vom 8. 12. 61-1. 1. 1962

Als Frau F. diesmal im Nervenkrankenhaus H. ankam, war sie voller Angst und Unruhe. Sie behauptete, zu Fuß von Sibirien hierher gelaufen zu sein, sie sei verurteilt worden, da sie viel Schuld auf sich geladen habe, sie warte jeden Tag auf ihre Verhaftung. Sie höre nicht nur Stimmen, sondern ganze Reden, sie werde den Tod durch den Strang erleiden. Auch diesmal gingen innerhalb weniger Wochen die akuten Krankheitserscheinungen der Psychose rasch wieder zurück und traten die Zeichen des schizophrenen Defektes in den Vordergrund: mangelhafte Gefühls-

ansprechbarkeit, läppisch-albernes Benehmen, mangelhafte Krankheitseinsicht.

Die anamnesticchen Erhebungen und die wiederholten Krankenhausaufenthalte lassen keinen Zweifel daran, daß Frau F. an einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie leidet. Bei den angeblichen Depressionen im Jahre 1914 bis 1918 dürfte es sich um den ersten Schub gehandelt haben. Der zweite massive Krankheitsschub erfolgte in den dreißiger Jahren. Diese Angaben der Kranken selbst decken sich mit den Angaben des Neffen. Vom Jahre 1950 ab liegen ausführliche Krankengeschichten vor, anhand derer man sich von da ab ein genaues Bild über den weiteren Verlauf der Psychose machen kann. Stets waren absurde Wahnideen nachzuweisen, die sich insgesamt unter den Begriff der Verfolgungsideen auf einen Nenner bringen lassen, aber auch die anderen Zeichen der Schizophrenie fehlen nicht: Sinnestäuschungen, formale Denkstörungen, Behinderung des Kontaktes, maniriertes Verhalten, Verstimmungszustände und in den letzten Jahren zunehmende affektive Störungen, wie sie beim schizophrenen Defekt an der Tagesordnung sind: mangelhafte Gefühlsansprechbarkeit, der Situation nichtangepaßtes Verhalten, Beeinträchtigung des Ausdrucksgeschehens, der Mimik und der Gestik.

Der psychiatrische Sachverständige kam in seinem Gutachten zu dem Schluß, daß der Selbstmordversuch der Frau F. mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf die Schizophrenie zurückzuführen ist und es sich dabei um eine schizophrene Impulshandlung handelt. Ohne daß eine ausreichende Motivierung zugrundegelegt hätte und ohne daß Frau F. sich lange Überlegungen über einen Selbstmord hingegeben hätte, handelte sie vielmehr aufgrund eines unwiderstehlich auftauchenden Dranges. Es spricht nicht gegen eine Impulshandlung, wenn die Kranke bei einer späteren Gelegenheit Gründe für ihren Suicidversuch angibt. Geisteskranke versuchen häufig nachträglich die ihnen selbst zunächst unerklärlichen Handlungen zu motivieren. Hier gilt das gleiche wie wenn der Depressiv-Verstimmte auf der Suche nach einem Grund für seine depressive Verstimmung im Laufe der Zeit wahnhafte Schuldgefühle entwickelt. So erklärte Frau F. später, "Zum Fenster bin ich 'naus gesprungen, immer die Angst, daß ich nicht aus dem Krankenhaus herauskomme. Das war der einzige Grund. Ich lag in dem Zimmer sehr schön, ich wurde hochgelegt, konnte hinaussehen über die Wiesen mit dem Löwenzahn und dahinter die Wälder. Ich konnte nicht abwarten. Ich wollte heraus. Nein, verfolgt war ich nicht. Der Arzt hat immer gesagt, er kann nicht Bescheid sagen, wann ich herauskomme. Ich wollte einfach mit dem Leben Schluß machen."

Nachdem der Zusammenhang des Suicidversuches mit der Schizophrenie erwiesen war, blieben für den Gutachter noch folgende Fragen zu prüfen:

1. Welche Einzelheiten waren dem Beklagten über die psychische Vorgeschichte seiner Kranken zum Zeitpunkt der Krankenhausbehandlung in X. bekannt?

2. Welche psychischen Krankheitszeichen konnten während des stationären Aufenthaltes in X. beobachtet werden?

Zu 1.:

Auf dem Einweisungsschein wurde lediglich erwähnt, daß Frau F. "psychisch äußerst schwierig sei und sich vor Jahren einmal in psychiatrischer Behandlung befunden hätte".

"Psychisch schwierig" ist keine psychiatrische Krankheitsbezeichnung. Darunter versteht man unter Ärzten ein Verhalten etwa folgender Art: Uneinsichtigkeit, Besserwissen, Neigung, die Ärzte rasch zu verbrauchen oder gegeneinander auszuspielen, die Behandlung aufgrund vermeintlicher eigener medizinischer Kenntnisse aus Zeitungen oder Illustrierten oder Ratschlägen von Nachbarinnen selbst in die Hand nehmen zu wollen. Wenn die einweisende Ärztin den Verdacht auf das Vorliegen einer echten Geisteskrankheit gehabt hätte, dann hätte man eigentlich erwarten müssen, daß sie sich durch eine Rückfrage in der Anstalt K., wo Frau F. sich früher einmal befunden hatte, der Diagnose versichert hätte, dann wäre sie nicht auf unwissenschaftlichen Ausdruck "psychisch schwierig" angewiesen gewesen, sondern hätte die Krankheit mit dem gehörigen Namen bezeichnen können. Es sieht eher so aus, als ob sie einen begründeten Verdacht auf eine Psychose nicht gehabt hätte.

Zu 2.:

Die Schwester der Kranken hat nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme dem Aufnahmearzt im Krankenhaus X. ebenfalls die ihr bekannte Diagnose nicht mitgeteilt. Daß sie diese Diagnose, vor allem die Häufung psychiatrischer Erscheinungen bis in die letzten Details kannte, läßt sich aus den Krankengeschichten ersehen, die sich nämlich größtenteils auf ihre Angaben stützen. Selbst wenn sie den Ausdruck "Schizophrenie" niemals gehört haben sollte, hat sie aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung zumindest gewußt, daß ihre Schwester an einem Verfolgungswahn leidet. Frau B. hat sich aber dem Aufnahmearzt gegenüber beschränkt, darauf hinzuweisen, daß ihre Schwester "nervlich sehr labil" ist und bereits früher einmal einen Selbstmordversuch gemacht hat. Wenn Frau B. so formulierte, war die Aufmerksamkeit der Ärzte ganz allgemein auf das psychische Verhalten ihrer Schwester gelenkt. Diese Angabe war aber andererseits auch geeignet, die behandelnden Ärzte in die Irre zu führen, da sie die ihr bekannten schweren Geistesstörungen nicht erwähnte, sondern mit ihrer Formulierung eher bagatellierte.

Auch der Neffe der Kranken sah sich bei seinen zwei Besuchen im Krankenhaus X. nicht veranlaßt, die behandelnden Ärzte über die wiederholten Aufenthalte in Heil- und Pflegeanstalten bzw. Nervenkliniken und über das absurde Wahnerleben der Kranken zu unterrichten. Daß er über diese Tatsache sehr wohl Bescheid

wußte, ergibt sich aus den Krankengeschichten, die sich auf einen namentlich nicht genannten Neffen stützen und aus der polizeilichen Vernehmung vom 15. 3. 1961, wo er erklärte, daß seine Tante seit etwa 14 Jahren an einem Verfolgungswahn leide, hervorgehen. Sowohl die Schwester als auch der Neffe der Kranken haben im Laufe des Verfahrens auch niemals behauptet, daß sie zur Zeit der Einweisung auf das Vorliegen einer Schizophrenie oder eines Verfolgungswahnes hingewiesen haben. Wäre dem Aufnahmearzt die dem Nichtpsychiater sehr beeindruckende Diagnose Schizophrenie mitgeteilt worden, dann hätte er dieses sicher unter der Anamnese ebenso vermerkt, wie die dort vermerkte Depression.

DAS PSYCHISCHE VERHALTEN DER FRAU F. WÄHREND IHRES AUFGENTHALTES IM KRANKENHAUS X. VOM 6. 5. bis 20. 5. 1960

a) Vom Aufnahmetag ab bis drei Tage vor dem Selbstmordversuch

1. Schwester der Kranken: "Anzeigen einer geistigen Verwirrung konnte ich damals bei meiner Schwester nicht feststellen" (Blatt 15 des Strafaktes, Abschrift)
2. Neffe der Kranken: "(18. 5. 1960) Sie hat auf mich keinen veränderten Eindruck gemacht" (Blatt 28 des Aktes)
"Am 15. 3. 1960 hatte ich das Empfinden, daß sie verändert war. Sie äußerte Bedenken darüber, wie lange man sie wohl noch im Krankenhaus behalten und was aus ihrem Geschäft werden wird. Aus ihrer Fragestellung wurde ich hellhörig und glaubte zu entnehmen, sie bilde sich ein, man würde sie länger als notwendig im Krankenhaus belassen. Besondere Gedanken über ihren Geisteszustand machte ich mir dabei aber noch nicht".
3. Dr. L., Aufnahmearzt (Blatt 34 des Aktes) "... daß die Patientin Freitag bei ihrer Aufnahme hier im Krankenhaus keinerlei Anzeichen einer seelischen Depression oder geistigen Abnormität gezeigt hat. Das Verhalten war abgeschlossen und ausgeglichen und ließ auf keinerlei Depression oder Selbstmordabsicht schließen.
... bis 12. 5. 1960 (Tag des Urlaubantritts des Zeugen) hatte sich an dem Verhalten nichts geändert. Auch während meiner Visite habe ich nie festgestellt, daß sich bei der Patientin seelische Depressionen eingestellt hätten."
4. Schwester L. "Anfangs ist sie mir nicht besonders aufgefallen, sie hat sich so verhalten, wie andere auch, jedenfalls zeigte sie sich zufrieden."
5. Schwester I. (Blatt 31 des Aktes) "... mir ist eigentlich an ihr kein auffälliges Verhalten aufgefallen ... kann nur sagen, daß Frau F. niemals zuvor die Absicht geäußert hat, Selbstmord zu begehen. Es ist eben nichts aufgefallen, woraus wir hätten auf eine solche Selbstmordabsicht schließen können."
6. Beklagter Dr. H. (Blatt 32 des Aktes) "... möchte ich angeben, daß die Frau F. bei der Einweisung gar keine nervliche Labilität gezeigt hat."

b) In den letzten drei Tagen vor dem Selbstmordversuch

1. Schwester L. (Blatt 4): "Schon am 17. 5. 1960 bemerkte ich, daß sie etwas komisch war. Sie war niedergeschlagen und sprach verwirrende Sätze. Sie sagte zu mir, daß sie am Unglück des Volkes schuld sei. Am 18. 5. 1960 war sie wieder gut und zeigte keine sichtlichen Verwirrungen. Am 19. 5. 1960 war sie verschlossen, zeigte sich aber normal und sprach keine verwirrenden Worte."
Die gleiche Zeugin bei einer späteren Vernehmung (Blatt 34 des Aktes): "... so zwei bis drei Tage vorher, bevor sie den Selbstmordversuch unternahm, fiel mir auf, daß Frau F. so wirre Worte gebrauchte ... Chef in Kenntnis gesetzt ... Frau B. mitgeteilt, daß sich ihre Schwester so komisch verhalte ... Bis kurz vor dem Suicidversuch mit einer anderen Patientin in einem Zimmer untergebracht. Weil sich Frau F. so komisch benommen hat, regte die Patientin ihre Verlegung in ein anderes Zimmer an ... Kurz bevor Frau F. aus dem Fenster sprang, war Dr. H. noch in ihrem Zimmer zur Visite. Ein besonders wirres Verhalten hat sie dabei nicht gezeigt, hat auf Fragen des Dr. H. noch zögernd Antwort gegeben."
2. Schwester I. (Blatt 31 des Aktes): "In den letzten Tagen war sie auffallend ruhig und hat fast nichts mehr gesprochen. Daß sie wirre Reden geführt hat, habe ich nicht wahrgenommen. Wegen ihrem auffallend ruhigen Verhalten konnte man auch auf einen beabsichtigten Selbstmordversuch nicht schließen."
3. B. A. (Blatt 28 des Aktes): Über seine Eindrücke am 19. 5. 1960: "... lag meine Tante im Bett, Zudecke bis zu den Augen übers Gesicht gezogen. Gab auf Zeichen zu verstehen, daß sie nicht sprechen, nichts hören und nichts sehen konnte. Dazu legte sie die Hand an die Ohren, die Augen und an den Mund ... gab zu verstehen, daß jemand mithöre."
4. Der Schriftsatz des Rechtsanwalts der Klägerin vom 26. 7. 1960 (Blatt 10 des Strafaktes) bringt ergänzende Einzelheiten über ihr Verhalten am 19. 5. 1960: "Befremdend verschlossener und starrer Eindruck ... Dr. H. habe ihm (A. B.) gesagt, die Patientin sei ihm bei der Visite nicht besonders aufgefallen, sei nun aber einmal schizophren, man könne ja nie wissen, was solche Leute im nächsten Augenblick tun ..."
5. Der Beklagte Dr. H. (Blatt 32 des Aktes) "... erstmals von Schwester L. erfahren, daß Frau F. zeitweise wirre Reden führte, ... dann ähnliche Wahrnehmungen gemacht ... 10 bis 15 Minuten vor dem Sprung bei Frau F. Visite gemacht und mit ihr gesprochen. Zu diesem Zeitpunkt war Frau F. normal und hat sich in keiner Weise geäußert, daß sie lebensmüde sei."

Zusammenfassend kam der Sachverständige zu dem Schluß, daß der Angeklagte aufgrund des ihm bekannten früheren Suicidversuches verpflichtet war, Frau F.'s Verhalten besonders gewissenhaft zu überprüfen. Nachdem in den Zeugenaussagen bekannt gewordenen Verhalten seiner Patientin hatte er Grund, die allgemeine Selbstgefährlichkeit von Geisteskranken in Erwägung zu ziehen.

Für eine unmittelbar bevorstehende spezielle Selbstgefährlichkeit, wie sie z. B. das Bayer. Verwahrungsgesetz fordert, boten sich jedoch, soweit aus den Akten ersichtlich, keine Anhaltspunkte. Wäre der Beklagte von den Angehörigen seiner Kranken von dem seit Jahrzehnten ablaufenden schizophrenen Krankheitsprozeß unterrichtet worden, dann hätte er allerdings noch die bei solchen chronischen Schizophrenien häufig zu beobachtenden affektiven Störungen berücksichtigen können. Wenn nämlich das Gemüts- und Gefühlsleben durch einen derartigen Prozeß krankhaft verändert bzw. abgeflacht ist, dann pflegen die mimischen und gestischen Regungen auszubleiben, die gewöhnlich einen gewissen Aufschluß über das im Kranken Vorgehende geben.

Es blieb zum Schluß lediglich noch zu klären, welche Bedeutung seiner Äußerung zukommt, "daß ihm die Kranke eventuell zum Fenster hinausspringen könnte, da man bei solchen Menschen nie wissen kann, was sie im nächsten Augenblick tun."

Da es erfahrungsgemäß sehr schwierig ist, die Angehörigen dazu zu bewegen, ihr Einverständnis zur Verlegung in ein Nervenkrankenhaus zu geben, den Nichtpsychiater auch häufig ein gewisses Unbehagen befällt, wenn er einen Geisteskranken in seinem Haus weiß, wird oft zu einer etwas übertriebenen Darstellung der Gefahr in solchen Situationen gegriffen, um die Verlegung zu erreichen. Dafür spricht vor allem, daß der Beklagte den Angehörigen den Vorschlag zur Verlegung gemacht hat und gerade diese es waren, die ihn bedrängten, damit noch zuzuwarten.

In seinem Urteil vom 21. 5. 1963 wies das Landgericht die Klage gegen den betroffenen Arzt ab, und machte sich in seiner Begründung die vom psychiatrischen Sachverständigen vorgetragenen Argumente zu eigen.

LITERATURVERZEICHNIS

- (1) PONSOLD RStG Bd. 56, S. 343, 349, Bd. 8, S. 8, S. 130, S. 134
RStB Bd. 30, S. 25, Bd. 36, S. 78, Bd. 57, S. 172
"Lehrbuch der gerichtlichen Medizin", S. 59 Abs.
"Der Arzt im Strafrecht".
- (2) SCHMIDT E. bei Ponsold 1.c. S. 60
bei Ponsold 1.c. S. 63
- (3) RINGEL E. "Der Selbstmord" Wien/Düsseldorf 1953
- (4) WALTON zit. nach STENGEL
"Psychiatrie der Gegenwart"
(Springer-Verlag Berlin 1960, Bd. 3, S. 59)
- (5) MIKOREY "Med. Klinik" 57. Jahrgang, S. 102-106
- (6) GRUHLE "Der Selbstmord" 1940 zit. nach JASPERS
"Allgemeine Psychopathologie" 6. Auflage 1953, S. 234
- (7) WEICHEN-BRODT zit. nach PERRET "Arzthaftpflicht"
(Urban und Schwarzenberg, München 1956)
- (8) SCHULTEN "Klinik der Anstaltspsychiatrie"
(Thieme Verlag 1962)
- (9) STENGEL u. COOK "Psychiatrie der Gegenwart"
Bd. 3 (Springer-Verlag 1961, S. 55)
- (10) JASPERS "Allgemeine Psychopathologie" 6. Auflage
(Springer-Verlag Berlin 1953, S. 98)
- (11) LANGEN-LÜDDEKE "Gerichtliche Psychiatrie" 2. Auflage
Gruyter 1959, S. 289

Meinen besten Dank für das Korreferat erlaube ich mir,
Herrn Professor Dr. W. LAVES, am Ende dieser Arbeit
auszusprechen.

Ganz besonders danke ich Herrn Professor Dr. W. SPANN
für die Überlassung der Arbeit und seine freundliche Unter-
stützung bei der Bearbeitung.

LEBENS LAUF

Am 22. Juli 1928 wurde ich, Günter Keim, als Sohn des Zahnarztes Dr. Hans Otto Keim und seiner Ehefrau Ilse, geb. Klewer in Bayreuth geboren.

Im Jahre 1935 trat ich in die Volksschule in Bayreuth ein. Von 1940 bis 1942 besuchte ich die Oberrealschule in Bayreuth, anschließend die Hermann-Lietz-Schule in Ettersburg bei Weimar bis 1944. Darauf folgten Reichsarbeitsdienst sowie Einberufung zur damaligen Wehrmacht.

Meine Schulzeit beendete ich 1950 an der Oberrealschule in Bayreuth mit der Reifeprüfung. Im Anschluß daran begann ich mein Studium an der Universität in Erlangen (Physikum 1953). Im Herbst 1955 absolvierte ich in München das zahnärztliche Staatsexamen und erhielt am 31. 1. 1956 meine Approbation als Zahnarzt.

Es folgten zwei Assistentenjahre in Landsberg/Lech. Seit Sommer 1958 bin ich an der Zahnstation des Nervenkrankenhauses Haar tätig.

Am 27. Juli 1911 wurde das erste Mal ein Versuch mit dem neuen Apparat gemacht. Der Apparat wurde in der Weise eingerichtet, dass die Luft aus dem Zylinder durch einen Hahn in einen Kolben geleitet werden konnte. Der Kolben war mit einem Gewicht von 100 g beladen. Die Luft wurde aus dem Zylinder durch einen Hahn in einen Kolben geleitet. Der Kolben war mit einem Gewicht von 100 g beladen. Die Luft wurde aus dem Zylinder durch einen Hahn in einen Kolben geleitet. Der Kolben war mit einem Gewicht von 100 g beladen.

Die Luft wurde aus dem Zylinder durch einen Hahn in einen Kolben geleitet. Der Kolben war mit einem Gewicht von 100 g beladen. Die Luft wurde aus dem Zylinder durch einen Hahn in einen Kolben geleitet. Der Kolben war mit einem Gewicht von 100 g beladen. Die Luft wurde aus dem Zylinder durch einen Hahn in einen Kolben geleitet. Der Kolben war mit einem Gewicht von 100 g beladen. Die Luft wurde aus dem Zylinder durch einen Hahn in einen Kolben geleitet. Der Kolben war mit einem Gewicht von 100 g beladen.

Die Luft wurde aus dem Zylinder durch einen Hahn in einen Kolben geleitet. Der Kolben war mit einem Gewicht von 100 g beladen. Die Luft wurde aus dem Zylinder durch einen Hahn in einen Kolben geleitet. Der Kolben war mit einem Gewicht von 100 g beladen. Die Luft wurde aus dem Zylinder durch einen Hahn in einen Kolben geleitet. Der Kolben war mit einem Gewicht von 100 g beladen. Die Luft wurde aus dem Zylinder durch einen Hahn in einen Kolben geleitet. Der Kolben war mit einem Gewicht von 100 g beladen. Die Luft wurde aus dem Zylinder durch einen Hahn in einen Kolben geleitet. Der Kolben war mit einem Gewicht von 100 g beladen.



